EXPOSÉ

DES TITRES

ET

DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DR E. FOLLIN

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Membre de la Société de chirurgie, de la Société anatomique
et de la Société de biologie

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1865

1° CONCOURS ET NOMINATIONS

Externe et interne des hôpitaux, 1845-1851.

Lauréat des hôpitaux (médaille d'argent), au concours de 1847.

— — (médaille d'or), au concours de 1848.

Aide d'anatomie de la Faculté, 1847.

Prosecteur de la Faculté, 1850.

Agrégé en chirurgie, concours de 1853.

Chirurgien du Bureau central, 1853.
— de la Salpêtrière,
— de l'hopital du Midi,
— de l'hôpital Cochin, 1865.

Membre de la Société anatomique,
— de la Société de biologie (secrétaire en 1850).
— de la Société de chirurgie (secrétaire en 1855-1856).
— de la Société d'anthropologie.

Récompenses académiques (concours des prix Montyon) en 1852 pour mes *Recherches sur les corps de Wolf;* en 1857, pour un mémoire fait en commun avec M. Goubaux, d'Alfort, sur la *cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques*.

2° ENSEIGNEMENT.

1° Durant l'exercice de mes fonctions d'aide d'anatomie et de prosecteur de la Faculté de médecine (1848-1853), j'ai fait à l'École pratique des cours d'anatomie, de médecine opératoire et de pathologie externe, en même temps que des démonstrations micrographiques ;

2° Cours de pathologie externe, en remplacement de M. le professeur Gerdy, malade, durant le semestre d'hiver de 1855-1856.

3° Enseignement de la clinique ophthalmologique depuis la fondation du cours complémentaire (1862-1865); démonstrations cliniques, deux fois la semaine, à la consultation des maladies des yeux faite au Bureau central des hôpitaux;

4° Conférences de clinique chirurgicale depuis mon installation comme chirurgien titulaire, à l'hospice de la Salpêtrière.

3° PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

1. — Anévrysme de la crosse de l'aorte avec oblitération des troncs aboutissant à la veine cave supérieure et d'une portion de cette veine. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1847, t. XXIII, p. 365.)

Il s'agit ici d'un cas remarquable d'oblitération veineuse par une compression exercée sur la veine cave par le développement d'un anévrysme de l'aorte chez un homme de 49 ans; il existait de l'œdème du visage, du cou et du bras gauche, mais pas de signes stéthoscopiques. A l'autopsie, on constata dans la poitrine une tumeur développée aux dépens de l'aorte et dans laquelle on trouva du sang noir récemment coagulé et des couches de fibrine stratifiée. C'était une sorte de guérison de la tumeur par oblitération. Mais le tronc veineux brachio-céphalique droit était oblitéré par un caillot en voie d'organisation, et ce caillot se rendait à la veine cave supérieure, qui était également oblitérée jusqu'au niveau de l'azygos. Ce que j'ai cherché à mettre en relief dans cette observation, c'est l'oblitération de la plus grande partie du système de la veine cave supérieure et le rétablissement de la circulation par l'azygos, qui jouait ici le rôle de veine supplémentaire.

2. — Note sur la pénétration des matières colorantes dans les ganglions lymphatiques des individs tatoués, communiquée à l'Acuadémie de Médecine. (*Gazette médicale*, 1849, p. 471.)

J'ai constaté par la dissection l'examen microscopique et l'analyse chimique que le bleu de Prusse et le vermillon déposés dans la peau tatouée pénétraient dans les vaisseaux lymphatiques et arrivaient jusque dans les ganglions où ces vaisseaux aboutissent. Il résulte de là que certains ganglions finissent par être complétement oblitérés par ces matières solides. Depuis cette première note, j'ai confirmé un très-grand nombre de fois l'exactitude de ces faits, et j'ai pu constater aussi, mais rarement, que la matière colorante pouvait aller d'un ganglion inférieur à un ganglion situé au-dessus. C'est ainsi que dans un cas de

tatouage très-étendu de la cuisse j'ai pu montrer la pénétration de la matière colorante jusqu'au niveau de ganglions situés le long de la colonne vertébrale, à la partie supérieure de la cavité abdominale. Il y avait alors plusieurs étages de ganglions infiltrés de matières colorantes bleues.

3. — Étude sur les végétations des cicatrices et des ulcères. (*Gazette des hôpitaux*, 1849.)

Ce travail a pour but d'étudier des altérations encore peu connues des cicatrices, les tumeurs qui végètent à leur surface et dont je distingue deux espèces principales : les *tumeurs fibro-cellulaires*, composées d'éléments du tissu fibreux, et les *cancroïdes*, uniquement formés par des éléments épidermoïdaux. J'ai décrit avec soin, dans ce travail, la structure et le développement de ces deux ordres de tumeurs, si différentes par leur constitution anatomique, par leur marche et par leur pronostic.

4. — Tumeur fibreuse du calcanéum. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, t. Ier, p. 3, 1849.)

Note sur une tumeur fibreuse du calcanéum, déposée aujourd'hui au musée Dupuytren, et qui est un des exemples les plus remarquables de ces tumeurs fibreuses intra-osseuses.

5. — Productions morbides observées sur la muqueuse d'une femme syphilitique. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1849, page 81.)

J'ai fait voir sur la muqueuse vésicale d'une femme atteinte de diverses lésions syphilitiques, du côté de la voûte palatine, du voile du palais et du foie, des plaques muqueuses larges comme une lentille et s'élevant d'un millimètre à la surface interne de la vessie. Ces plaques avaient une grande ressemblance avec les tubercules muqueux qu'on voit à la face interne des grandes lèvres, de la

vulve chez les femmes syphilitiques. Ce fait m'a paru bon à rappeler, à cause de la connaissance encore incomplète, à cette époque, des lésions viscérales de la syphilis.

6. — Note anatomique sur une exostose de la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1849, p. 178.)

Cette exostose avait soulevé l'ongle chez un jeune homme de 15 ans et amené un onyxis. Elle fut enlevée par M. Velpeau, à l'aide du bistouri, et à l'examen anatomique que je fis, je pus constater ce que j'ai revu plusieurs fois depuis lors, outre une base osseuse de l'exostose, un *épaississement considérable du périoste* qui constituait ainsi la plus grande partie de la tumeur.

7. — Diastase de l'articulation fémoro-tibiale, examen anatomique. (*Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIV, p. 222, 1849.)

8. — Examen microscopique du sang et des matières vomies ou rendues par les selles chez les cholériques. (*Bulletins de la Société de biologie*, 1849, t. Ier, p. 48.)

C'est une étude détaillée des différents éléments qui se rencontrent dans ces matières, où l'on trouve surtout des globules d'exsudation à divers degrés de développement, de l'épithélium en abondance et quelques cristaux de cholestérine.

9. — Observation d'une communication entre l'artère brachiale et les veines profondes du pli du coude. (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. II, p. 52.)

Ce fait, observé par moi à l'hôpital Saiut-Antoine, et complété, dix ans plus tard, par l'autopsie du malade, m'a permis d'établir une variété de communication artérioso-veineuse, dans laquelle l'artère communique non pas avec une

des veines superficielles du pli du bras, mais avec une des veines collatérales de la brachiale. Il n'avait d'analogue dans la science qu'un cas de M. Voillemier (*Bulletin de thérapeutique*, 1843); — seulement, dans le fait de ce chirurgien il s'agissait d'un véritable anévrysme variqueux, tandis que dans celui que j'ai publié il n'existait qu'une varice anévrysmale.

Pour confirmer le diagnostic d'une communication de l'artère avec les veines profondes seules, je fis, d'après les conseils de M. Nélaton, sur ce malade atteint de pneumonie, une saignée sur la médiane basilique dans la cicatrice même de la saignée malheureuse. Le jet de sang veineux s'écoula comme à l'état normal, ce qui permit de confirmer, d'une façon très-nette, sur le vivant l'exactitude du diagnostic. L'examen anatomique de la partie malade, dix ans plus tard, a fait voir que l'artère communiquait avec la veine collatérale externe de l'humérale. Ces détails anatomiques ont été publiés dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*, par M. Charnal (tome V, page 202).

10. — Sur un cas d'ectopie du cœur. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1850, et *Archives de médecine*, 4[e] série, t. XXIV, p. 101.)

C'est la relation d'un fait remarquable d'*ectopie du cœur*, observé chez un fœtus de 6 mois, qui présentait une éventration par laquelle sortaient les intestins, le foie, la rate et le cœur entouré de son péricarde. A travers le péricarde ouvert, je vis le cœur continuer à se contracter pendant près de deux heures, et je pus observer avec facilité les mouvements de cet organe. J'ai consigné dans cette note les résultats de cet examen.

11. — Note sur les hématozoaires. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1850, p. 92.)

J'ai confirmé sur un oiseau, le freu, un fait de pathologie comparée des plus curieux : l'existence dans le sang d'hématozoaires du genre *filaria*.

Les hématozoaires ont eté trouvés dans les quatre classes de vertébrés et chez un grand nombre de mollusques; ceux que j'ai vus chez le freu (*corvus frugilegus*) étaient très-nombreux et ne pouvaient pas être confondus avec des embryons de Strongle.

12. — Examen d'un œil opéré de la cataracte par extraction, *quinze* ans avant la mort du malade. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, t. II, 1850, p. 175.)

Dans ce cas, les résultats de l'opération avaient été satisfaisants, et avec l'œil opéré par M. Roux le malade pouvait facilement lire. La dissection de l'appareil cristallinien m'a montré que les feuillets de la capsule du cristallin étaient restés transparents, mais qu'entre ces deux feuillets, au niveau de la circonférence de la lentille, il existait encore une matière blanchâtre, grumeleuse, reste des couches corticales, qu'on a pris à tort, autrefois, pour une reproduction du cristallin. J'ai aussi constaté dans le cristallin cataracté de l'autre œil de ce malade la présence de plaques nombreuses de cholestérine.

13. — Études sur les corps de Wolf. (*Thèse inaugurale*, 1850.)

Les corps de Wolf, au moment où je publiai ce travail, n'avaient guère été étudiés que dans leur forme primitive. J'ai cru qu'il était presque aussi important de les suivre dans leur période de retrait que dans leur évolution, et j'ai particulièrement fixé mon attention sur les restes des corps de Wolf après la vie fœtale.

Mais, pour bien comprendre ces détails, encore obscurs, d'anatomie embryologique, il était nécessaire de donner pour base à ce travail une histoire générale des corps de Wolf et de leurs conduits excréteurs : c'est ce que j'ai fait. J'ai montré l'origine spéciale des corps de Wolf en dehors de la bandelette qui doit former le testicule ou l'ovaire, en dedans du filament, qui renferme le conduit génital externe, et au devant des tubercules qui seront plus tard les reins. J'ai ensuite étudié la structure de ces singuliers organes, leur développement et leurs rapports avec les organes génitaux dans les deux sexes. C'est en suivant pas à pas l'évolution des corps de Wolf et des organes sexuels, qu'il est possible de bien comprendre la signification de certaines anomalies de développement connues sous le nom d'*hermaphrodisme*.

La partie principale de mon travail traite surtout des restes des corps de Wolf après la naissance, autrement dit de l'organe de *Rosenmüller*. J'ai décrit avec soin cet organe chez la femme, et j'ai découvert que chez l'homme il existe aussi, au

niveau de la tête de l'épididyme, des canalicules identiques à ceux qu'on trouve entre la trompe et l'ovaire.

La connaissance de ces faits m'a permis d'expliquer la nature de certains kystes qu'on voit se développer au voisinage de l'ovaire dans l'épaisseur des ligaments larges. Ces kystes, en général en petit nombre, prennent naissance dans les canalicules des corps de Wolf. Ce n'est pas, du reste, chose rare de voir des organes éteints subir ainsi une sorte de dégénérescence kystique.

Ce fait d'anatomie pathologique gagne sans doute en intérêt à être rapproché de ce qu'on observe chez l'homme. On trouve en effet dans l'épididyme de petits kystes absolument identiques à ce que nous venons de voir au voisinage de l'ovaire. Ces kystes de petit volume, situés au niveau des restes des corps de Wolf et renfermant un liquide qui ne contient pas de spermatozoïdes, sont tout à fait semblables aux kystes para-ovariens, que, depuis la publication de mon travail, on connaît surtout sous le nom de kystes de l'organe de Rosenmüller.

14. — Description de kystes épithéliaux chez le bœuf. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1850, t. II, p. 84.)

Ces kystes, vus par les vétérinaires dans l'épaisseur des joues, aux lèvres et dans diverses régions du corps, ont été décrits par moi dans cette note d'après des pièces provenant du poitrail d'un bœuf. La disposition anatomique de ces tumeurs ne permet pas d'y voir autre chose que des kystes sébacés considérablement développés. L'examen microscopique de leur contenu vient confirmer cette idée.

15.—Examen anatomique des organes génitaux d'un sujet adulte chez lequel le testicule gauche ne s'est pas développé. (*Bulletins de la Société anatomique*, t. XXV, p. 205, 1850.)

Le testicule droit et ses annexes étaient dans l'état le plus normal, mais à gauche on ne trouvait qu'un rudiment de testicule, à la partie supérieure de la bourse correspondante, tout près de l'anneau inguinal. Une injection d'une matière colorante fine, poussée par le canal déférent qui faisait suite à cette masse,

y a fait découvrir un conduit unique enroulé sur lui-même et qui ressemblait à un épididyme. La substance propre du testicule faisait défaut.

Ce fait vient à l'appui de ce que j'ai avancé sur l'absence de spermatozoïdes dans le liquide sécrété par ces testicules plus ou moins atrophiés; en effet, la vésicule séminale gauche ne contenait pas de spermatozoïdes, qui existaient en abondance dans la vésicule droite.

16. — Examen anatomique d'une production osseuse de la grande faulx du cerveau. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1850, p. 226.)

Cette production était remarquable par sa grande vascularité et contenait des corpuscules osseux assez irrégulièrement disposés; ce n'était donc pas une de ces productions ostéoïdes qu'on rencontre assez fréquemment, mais une véritable formation osseuse.

17. — Examen anatomique d'une main bot palmaire. (*Bulletins de la Société anatomique*, 26ᵉ année, 1850, p. 98.)

Au moment où je publiai ce fait, il n'existait que deux descriptions de main bot palmaire : l'une par M. Cruveilhier, l'autre par M. Smith. Le musée Dupuytren en renfermait aussi une pièce. J'ai donné une description détaillée des muscles, des os et des ligaments compris dans cette main bot, mais je ne saurais, à cause de son étendue, la reproduire ici. Robert, dans une thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale, en 1851, a publié la description de ce fait, et il y a joint deux dessins exécutés par M. Em. Beau, qui représentent l'un l'aspect général de la main bot, l'autre la dissection de l'avant-bras et de la main.

18. — Études anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule. (*Archives de médecine*, juillet 1851.)

Quand j'entrepris ce travail, on n'avait que des idées assez erronées sur la constitution anatomique et les propriétés physiologiques des testicules retenus à l'anneau ou dans le ventre. Je démontrai par une série de pièces, déposées aujourd'hui dans le musée Dupuytren, qu'il existe un assez grand nombre de variétés dans le déplacement du testicule, et je décrivis en particulier une variété qui n'avait pas encore été signalée. C'est le cas où, le testicule étant retenu dans le ventre ou au canal inguinal, l'épididyme et le canal déférent descendent seuls en plus ou moins grande partie dans le scrotum en avant du testicule. Des dissections et des injections établissent que cette anomalie testiculaire n'est pas rare, et j'ai pu la constater plus d'une fois sur le vivant.

J'ai examiné avec soin la structure de ces testicules arrêtés dans le ventre ou à l'anneau, et j'ai démontré que la disparition des spermatozoïdes était la conséquence des altérations graisseuses que subissent les canalicules séminifères. De ce fait, j'ai été conduit à admettre qu'un homme dont les deux testicules resteraient dans l'aine ou dans le ventre serait infécond. Des recherches ultérieures ont confirmé mes premiers résultats.

J'ai aussi décrit dans ce travail les caractères anatomiques de l'atrophie testiculaire.

19. — Sur une anomalie de position de l'épididyme et du testicule. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1851, p. 138.)

J'ai par une présentation de pièces anatomiques confirmé l'exactitude d'un fait avancé dans mon travail sur les anomalies de position du testicule (*Archives*, juillet 1851). C'est le déroulement de la queue de l'épididyme, qui, lorsque le testicule est encore retenu à l'anneau inguinal interne, descend jusqu'au fond du scrotum. Dans un cas, l'épididyme était situé à 6 centimètres et demi au-dessous de l'extrémité inférieure du testicule. Aux dernières flexuosités de l'épididyme succédait le canal déférent, qui remontait vers le canal inguinal par sa route habituelle.

20. — Exposé de plusieurs pièces servant à démontrer les modifications que subissent l'épididyme, le canal déférent et le testicule

quand la glande séminale est retenue à l'anneau. (*Buletins de la Société anatomique*, 1851, p. 191.)

J'ai voulu, par cette présentation de pièces à la Société anatomique, montrer les différents degrés d'une anomalie de position de l'épididyme, qui, pendant que le testicule reste à l'anneau inguinal externe ou dans le canal, se déroule peu à peu et descend parfois jusqu'au fond du scrotum. — Ces pièces sont aujourd'hui déposées au musée Dupuytren.

21. — De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques. (*Mémoires de la Société de biologie*, 1855.)

Ce travail, fait en commun avec M. le professeur Goubaux, d'Alfort, est le complément physiologique du mémoire dont je viens de parler.

Nous avons montré que cette anomalie du testicule pouvait tenir à différentes causes, à des péritonites partielles en particulier, mais qu'elle était aussi héréditaire; cela ressort de faits qui nous ont été communiqués par différents vétérinaires.

D'assez nombreuses pesées de testicules chez le cheval, l'âne, le mouton, le chien, nous ont prouvé que les testicules qui restent pendant toute la vie dans la cavité abdominale sont peu volumineux et moins pesants que ceux qui descendent dans les bourses. Les testicules restés dans le ventre sont mous et flasques comme pendant la vie fœtale, tandis que ceux qui sont descendus dans les bourses ont une consistance beaucoup plus ferme.

De l'examen auquel nons nous sommes livrés on peut conclure qu'il n'y a pas d'animalcules spermatiques dans le liquide sécrété par les testicules qui restent dans la cavité abdominale pendant toute la vie chez l'homme et les principaux animaux domestiques. Les observations et les expériences prouvent que les animaux chez lesquels la cryptorchidie est double sont inféconds.

22. — Du traitement des anévrysmes par la compression. (*Archives*, novembre 1851.)

C'est un des premiers travaux publiés en France sur cette importante question

de thérapeutique chirurgicale. J'ai exposé dans ce mémoire la pratique suivie dans les hôpitaux de Dublin, et, guidé par les travaux de O'Brien, Bellingham et G. Tuffnel, je me suis efforcé d'indiquer les principales conditions opératoires qui doivent assurer le succès de ce mode de traitement. Je crois donc avoir été un des premiers à signaler aux chirurgiens français les avantages d'une méthode thérapeutique aujourd'hui mieux connue et mieux appréciée.

J'ai continué, dans le même but, à insérer dans les *Archives de médecine* un certain nombre de faits relatifs à cette question, jusqu'au moment où parut le livre de mon collègue et ami, M. Broca, sur les anévrysmes.

23. — Sur une nouvelle variété d'hermaphrodisme avec quelques remarques sur la détermination précise du sexe; 5 figures sur bois. (*Gazette des hôpitaux*, 4 décembre 1851.)

Il s'agit d'une espèce très-curieuse d'hermaphrodisme dont on compte à peine deux exemples. Le sujet de cette observation fut d'abord inscrit sous le nom d'Angélique Courtois, mais plus tard, à la suite de l'examen d'Antoine Dubois, qui le déclara homme, il prit les vêtements du sexe masculin.

Cet individu avait des formes masculines, mais ses mamelles étaient assez développées, et il n'avait pas de barbe. A l'examen anatomique, on constata : 1° une sorte de verge recouverte d'un prépuce, mais imperforée; 2° une rainure au-dessous du gland et à la partie inférieure de laquelle se trouvait une ouverture, terminaison d'un canal commun à l'urèthre et au vagin; 3° un vagin très-allongé; 4° un utérus; 5° des ligaments larges, variables d'un côté à l'autre.

A droite, on voit un ligament large avec trois ailerons, mais sans ovaire; à gauche, un long cordon qui traverse le canal inguinal et aboutit au niveau de son orifice externe dans une petite poche où se trouvent un pavillon de la trompe assez bien conformé et un testicule reconnaissable à ses canalicules séminifères.

Dans la seconde partie de ce travail, j'ai cherché à expliquer par l'embryologie le mode de formation de ce singulier hermaphrodisme, et je l'ai comparé aux autres faits qui s'en rapprochent.

En résumé, cet hermaphrodite était, dans son système génital, par la séparation complète de l'organe sécréteur d'avec le conduit, la représentation exacte de certains états embryonnaires, et, à ce titre, il constituait une espèce d'hermaphrodisme curieuse à observer.

24. — Rapport sur une monstruosité par défaut des extrémités abdomidales et de l'avant-bras gauche, communiquée à la Société de biologie par le Dr Lecadre. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1852, p. 8.)

25. — De l'uréthrotomie périnéale de dehors en dedans par le procédé de M. J. Syme. Revue des travaux anglais sur cette question. (*Archives de médecine*, 1852, t. XXIX.)

Cet article fut publié au moment où M. Syme remit en honneur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'uréthrotomie externe. Je comparai l'opération de la boutonnière à l'uréthrotomie par le procédé du chirurgien d'Édimbourg, et, en même temps, je recherchai l'origine de ce procédé. Une note « *Sur quelques obstacles à l'éjaculation de la semence,* » insérée dans le tome Ier des *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (page 348), prouve que J.-L. Petit avait pratiqué cette opération dans des cas analogues à ceux rapportés par M. Syme : « Tous ceux, dit-il, à qui j'ai fait la boutonnière à l'occasion de la rétention d'urine, ont recouvré la liberté du canal, *lorsque l'obstacle s'est trouvé compris dans l'incision.* »

J'ai décrit dans mon travail le manuel opératoire de cette uréthrotomie selon les procédés de *MM. Coulson, Fergusson, Mackenzie, Syme*, en montrant que ce dernier chirurgien la pratique seulement dans les cas des rétrécissements perméables. Enfin, j'ai exposé et discuté les statistiques sur la mortalité consécutive à cette opération.

26. — Note sur deux chancres indurés à trois ans d'intervalle chez le même individu. (*Moniteur des hôpitaux*, 20 décembre 1852.)

On a longtemps soutenu qu'on ne pouvait pas contracter deux fois dans sa vie la vérole constitutionnelle. C'est pour combattre cette assertion que j'ai publié le fait que j'indique. Je le mentionne ici parce qu'il est entouré de toutes les garanties désirables, et qu'il a depuis lors été plus d'une fois invoqué dans les discussions sur les véroles doubles.

27. — Quelques remarques sur la mort par le chloroforme, à propos d'un rapport de M. Robert et d'un travail de M. John Snow. (*Archives de médecine*, août 1853.)

Article de critique ayant pour but de combattre la doctrine qui veut établir que la mort par le chloroforme résulte d'une idiosyncrasie inconnue dans sa nature. *Il n'y a là qu'un mode particulier d'asphyxie.*

28. — Des rétrécissements de l'œsophage. (*Thèse de concours pour l'agrégation*, 1853.)

Ce travail me paraît être, encore aujourd'hui, la monographie la plus complète sur les rétrécissements de l'œsophage. Il renferme quelques aperçus nouveaux sur l'anatomie chirurgicale de ce conduit et sur l'anatomie pathologique de ses rétrécissements; mais il est surtout consacré à la thérapeutique de cette maladie. Tout ce qui a trait au cathétérisme et à l'œsophagotomie a été présenté sous un point de vue qui permet de comparer ces méthodes opératoires à celles qu'on applique aux rétrécissements de l'urèthre.

29. — Discussion sur la classification des tumeurs malignes. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. III, p. 327.)

J'ai cherché à établir dans ce discours la distinction anatomique des trois groupes de tumeurs épithéliales, fibro-plastiques et cancéreuses, et j'ai montré combien était différent aussi le mode de récidive de leurs éléments anatomiques.

30. — Traitement des varices par des injections de perchlorure de fer; présentation à la Société de chirurgie d'un malade guéri depuis longtemps de varices volumineuses de la saphène in-

terne par les injections de perchlorure de fer. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 170.)

31. — Extraction d'un corps étranger de l'articulation du coude par incision directe; guérison; presentation du malade. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 203.)

32. — Rapport sur un travail de M. Coste, de Marseille, relatif à l'extirpation d'une tumeur volumineuse de l'aisselle avec incision et ligature de la veine axillaire. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 213.)

33. — Sur l'opération du varicocèle par une ligature à chaîne enchevillée. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 239.)

Il s'agit ici de l'application au varicocèle du procédé employé par M. Rigal, de Gaillac, pour l'extirpation des humeurs érectiles de la peau. M. le Dr Codet, ancien interne des hôpitaux, a publié dans sa thèse (20 mars 1856) huit observations de cette opération, recueillies dans mon service à l'hôpital du Midi, où je remplaçais alors M. Vidal (de Cassis).

34. — De l'exploration de la rétine et du cristallin à l'aide d'un instrument d'optique. (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 377.)

Je fis connaître dans ce mémoire un nouvel ophthalmoscope fixe, à l'aide duquel on pouvait facilement explorer la surface rétinienne et les milieux profonds de l'œil. Ce travail fut la première publication faite en France sur l'application de l'ingénieux instrument d'Helhmoltz au diagnostic des affections oculaires.

Après avoir décrit l'instrument nouveau que je proposais, et qui avait été construit par un habile opticien, M. Nachet, je donnai les résultats de l'observation d'un œil normal et de quelques cas pathologiques. Ce premier mémoire, incomplet sans doute, avait pour but d'appeler l'attention des chirurgiens sur un mode d'examen qui a jeté le plus grand jour sur l'histoire, naguère si obscure, des amauroses.

Depuis cette première publication, j'ai soumis un grand nombre de malades à ce mode d'exploration, que j'ai enseigné aussi à beaucoup d'élèves. Je publiai dans les travaux suivants les résultats de mes observations et les recherches faites à l'étranger à l'aide des ophthalmoscopes.

35. — Ophthalmoscopie. (*Archives*, t. IV, p. 722, 1854.

J'ai fait, dans cet article, l'historique de cette intéressante question et décrit les principaux ophthalmoscopes connus à cette époque, tels que ceux d'Helhmoltz, Coccius, Meyerstein, Ruete, etc.; puis j'ai insisté sur les premiers résultats fournis par l'examen de l'œil dans la cataracte commençante, les opacités et les cysticerques du corps vitré, les lésions de la rétine et de la choroïde, l'hydropisie sous-rétinienne, le glaucome.

36. — De l'examen de l'œil par l'ophthalmoscope. (*Archives*, 1856, t. VIII, p. 349.)

Dans l'intervalle de temps qui sépare ce travail du précédent, les recherches avec l'ophthalmoscope se complètent et se perfectionnent. Le présent mémoire a pour but de constater ces efforts et d'exposer le bilan de la science sur ce sujet.

37. — Du cancer, du cancroïde épithélial et du tissu fibro-plastique au point de vue de la clinique et de la micrographie pathologique. (*Archives de médecine*, 1854, t. IV, p. 729.)

J'ai exposé, dans ce travail, les résultats généraux des recherches auxquelles

je me suis livré depuis 1847 sur la structure des tumeurs cancéreuses ou réputées telles. Ces recherches m'ont conduit à penser, avec M. le professeur Lebert, que les trois pseudo-plasmes qui infectent habituellement l'économie, le cancer, l'épithéliome et le tissu fibro-plastique, sont composés d'éléments anatomiques capables d'infiltrer les ganglions et le reste du corps, mais qui diffèrent l'un de l'autre aussi bien par leur structure que par leur expression symptomatologique.

J'ai admis dès lors, contre l'opinion de quelques micrographes, l'infection épithéliale et l'infection fibro-plastique, tout en signalant les différences qui séparent ces deux modes d'infection de l'infection cancéreuse.

J'ai voulu aussi établir ques ces trois pseudo-plasmes : cancer, épithéliome et tissu fibro-plastique, se traduisent par un ensemble de symptômes et par une évolution qui diffèrent dans les trois cas. *Il s'agit ici, disais-je, de trois produits distincts pour le micrographe comme pour le clinicien.*

38. — Thérapeutique du cancer; d'un certain mode d'application des caustiques; de la congélation. (*Archives de médecine*, 1855.)

J'avais été frappé, durant une suppléance de M. le professeur Malgaigne à l'hôpital Saint-Louis, d'un ingénieux procédé d'extirpation des tumeurs cancéreuses par les caustiques. M. le Dr Girouard, autorisé par ce maître regretté à expérimenter son procédé, enlevait d'énormes cancers du sein en les contournant par des bandelettes de pâte solide de chlorure de zinc, absolument analogues aux flèches caustiques qu'on donne aujourd'hui comme neuves. Je décrivis, dans le présent travail, le procédé à peu près inconnu jusqu'alors de M. Girouard, et je rendis compte, en même temps, des essais infructueux de M. Arnott pour guérir le cancer par la refrigération.

J'insistai, comme je l'avais déjà fait dans d'autres publications, sur l'infiltration, au voisinage des productions morbides, des éléments anatomiques du cancer au milieu des tissus en apparence sains. Il me paraît y avoir, dans cette diffusion des éléments cancéreux, une cause très-fréquente de récidive, et l'obligation pour le chirurgien de porter le bistouri ou le caustique au delà des *limites apparentes* du mal. La non-récidive de certains cancers largement enlevés par les caustiques s'explique dans bien des cas, sans doute par cette destruction des éléments cancéreux en état de diffusion.

39. — Histoire de la chirurgie, revue critique de quelques ouvrages. (*Archives de médecine*, 1855, août, 5ᵉ série, t. VI, p. 210.)

Examen critique de quelques ouvrages sur l'histoire de la Chirurgie : la chirurgie de Paul d'Égine, traduite par M. René Briau ; les *Glossulæ quatuor magistrorum* et le *de Secretis mulierum*, édités par M. C. Daremberg.

40. — Aperçu doctrinal sur la pathologie utérine en Angleterre. (*Archives de médecine*, janvier 1857.)

Le progrès dans la connaissance des maladies utérines s'est fait en Angleterre avec une lenteur extrême, et pendant que, en France, l'histoire des affections de l'utérus se constituait, à l'aide de l'observation directe, de l'autre côté du détroit, une sorte de répugnance s'attachait à la pratique des accouchements et des maladies des femmes.

J'ai retracé, dans ce travail, le développement des études faites en Angleterre sur les maladies de l'utérus par le spéculum, malgré l'opposition avec laquelle ces études ont été accueillies par quelques médecins, et en particulier par Robert Lee qui personnifiait à cette époque le parti de la résistance à l'application du spéculum.

Les travaux de M. Henri Bennet, de M. West, de M. Tyler Smith, aujourd'hui assez bien connus en France, ont été analysés et discutés dans ce travail, où j'ai cherché à comparer les doctrines des médecins anglais avec celles qui ont longtemps divisé les médecins français sur l'influence de l'inflammation ou des déviations dans le développement des affections utérines.

41. — De l'anesthésie locale par le gaz acide-carbonique. (*Archives*, 1856, t. VIII, p. 608.)

L'anesthésie locale par le gaz acide carbonique se trouve indiquée dans les *Miscellanea physico-medica*, d'Ingenhousz, et dans quelques autres travaux publiés en Angleterre à la fin du siècle dernier. Introduite de nouveau dans la pratique en 1834, par Mojon, et, vingt ans après, par M. Simpson, elle était peu con-

nue en France lorsque j'en fis usage, pour la première fois, à l'Hôtel-Dieu, en septembre 1856 (service de M. le professeur Jobert de Lamballe). Depuis lors, des essais assez nombreux de ce moyen anesthésique m'ont prouvé qu'il devait rester dans la pratique pour les cas d'ulcérations douloureuses, cancéreuses ou non, du col utérin.

42. — De l'emploi du perchlorure de fer dans traitement de la kératite panniforme. (*Archives*, avril 1856.)

Tous les chirurgiens connaissent la gravité et la ténacité de la kératite vasculaire, et M. Velpeau a bien décrit la marche de cette affection en disant : « *Cette maladie fait réellement le désespoir des malades et de leurs médecins par ses alternatives de bien et de mal ; on la croit sur sa fin que tout à coup elle reprend une nouvelle intensité ; en une nuit elle regagne souvent le terrain qu'elle avait perdu depuis six semaines.* » C'est après m'être souvent trouvé aux prises avec cette affection si rebelle, que j'ai eu l'idée de la traiter par le plus énergique des astringents connus, par les instillations de perchlorure de fer. Les faits que j'ai rapportés dans ce travail, dont l'un m'a été communiqué par M. le professeur Gosselin, ne peuvent laisser aucun doute sur la puissance de ce moyen dans des cas rebelles. Le mode d'emploi du perchlorure exige un certain nombre de précautions sur lesquelles j'ai insisté ; car il s'agit d'un médicament énergique dont il importe souvent de graduer l'action.

43. — Note sur la ligature de l'œsophage. (*Archives*, 1856, t. VIII, p. 485.)

J'ai entrepris ce travail pour chercher à pénétrer le mécanisme de la mort après la ligature de l'œsophage chez les animaux, et j'ai cru pouvoir établir, à l'aide d'expériences, que la mort, dans un certain nombre de cas, provient de l'accumulation d'une salive épaisse et gluante à la partie supérieure du larynx. Si, par une incision longitudinale de l'œsophage au-dessus de la ligature, on facilite l'écoulement de cette salive, les chances de mort sont très-notablement diminuées.

44. — Sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt. (*Archives*, décembre 1857.)

Les premiers travaux publiés sur les éruptions produites par le vert de Schweinfurt ne contenaient pas une seule observation recueillie, avec détails, de cette singulière lésion. Il était cependant utile de décrire avec soin ces altérations cutanées, trop souvent confondues avec la syphilis. L'observation que j'ai rapportée dans ce travail ne peut laisser aucun doute sur l'origine de la maladie, et on y suit pas à pas, jusqu'à la guérison, la marche de ces ulcérations. Le travail dont je parle ici a été, depuis lors, cité dans presque toutes les publications sur ce sujet.

45. — Examen de quelques travaux récents sur la syphilis (janvier 1856).

46. — De quelques doctrines modernes sur la syphilis et la syphilisation. (*Archives générales de médecine*, janvier et février 1858.)

J'ai examiné dans ces deux travaux les principales questions récemment agitées dans l'histoire de la syphilis, telles que l'unité et la dualité du virus, la valeur symptomatologique de l'induration dans les chancres, l'unicité de la syphilis acquise, la syphilisation, la contagion des accidents secondaires. Je crois avoir éclairé la discussion par un grand nombre de faits puisés à des sources anglaises, allemandes, et aux travaux de Bœck, Spernoi, Waller, Wallace, etc.

Dans cette revue critique des opinions et des faits, je me suis rangé du côté de ceux qui croient qu'on peut contracter plusieurs fois la vérole, que les accidents secondaires sont contagieux, et que la syphilisation, après avoir fourni un grand nombre de données importantes pour l'histoire naturelle de la syphilis, n'a pas encore fourni la preuve de sa valeur thérapeutique.

47. — De la résection du genou. (*Archives de médecine*, 5e série, t. X, 1857.)

Depuis quelques années, la résection du genou a repris faveur dans la chirur-

gie anglaise et, peu à peu, des chirurgiens recommandables de l'Angleterre tendent à substituer cette opération à l'amputation du membre. C'est en compulsant les mémoires anglais publiés sur ce sujet, et en examinant les faits de résection du genou insérés dans les divers recueils périodiques, que j'ai été conduit à faire connaître en France les résultats obtenus par MM. Jones, Fergusson et autres.

L'examen auquel je me suis livré m'a amené à penser que cette opération n'a pas toute la gravité qu'on lui suppose ici, et qu'elle donne d'assez beaux succès dans les cas non traumatiques et chez les enfants.

J'ai discuté dans cet article différentes critiques que soulève cette opération, et, après en avoir apprécié la valeur, je suis resté convaincu que la résection du genou ne doit pas, comme l'ont cru certains chirurgiens, disparaître de la pratique.

48. — Sur la compression indirecte dans le traitement des anévrysmes et en particulier de la compression digitale (*Archives de médecine*, 1858, t. XI, p. 725).

Après quelques insuccès de la compression mécanique, dans le traitement des anévrysmes, les chirurgiens se sont retournés vers la compression digitale, dont les avantages ont été exposés et discutés dans ce travail. J'ai fait plus d'une réserve en faveur de la compression par les appareils trop souvent appliqués d'une façon irrationnelle et peu convenablement surveillés; mais, en même temps, j'ai montré que la compression digitale convient aux membres déviés, aux téguments irritables, et quand on peut disposer d'un grand nombre d'aides. Tout en rappelant ici de beaux exemples d'anévrysmes guéris par la compression digitale, j'ai exprimé le désir que ce mode de compression ne fît pas oublier la compression mécanique qui, bien dirigée, a fourni de nombreux et éclatants succès.

49. — Cancer de l'utérus et hydropisie rénale. (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1859, p. 46.)

Les dilatations considérables du rein, sous l'influence d'obstacles au cours de

l'urine, ne sont pas assez nombreux dans la science pour ne point mentionner cet exemple remarquable. La tumeur abdominale, due à la dilatation du rein gauche, était énorme. L'uretère gauche était oblitéré par le développement du cancer utérin. La malade succomba à des phénomènes qu'on peut aujourd'hui rattacher nettement à l'urémie.

Le développement de cette tumeur, la difficulté de son diagnostic et sa rareté la rendent un des faits les plus curieux de l'histoire des maladies du rein.

50. — Maladie du coït chez les chevaux et syphilis. (*Archives de médecine*, 1857, t. XIII, p. 332.)

Il existe chez les chevaux une affection connue sous le nom de *maladie du coït*, parce qu'elle se transmet par les rapports sexuels, et qui présente avec les affections vénériennes de l'homme une grande analogie, sans aller toutefois jusqu'à une identité de nature. Après avoir étudié les différents documents fournis à cet égard par la médecine vétérinaire, je les ai comparés à ce que nous savons aujourd'hui de la syphilis humaine. J'ai d'abord retracé la marche de la maladie du coït qui, de son lieu d'origine, la Russie et la Prusse, s'est avancée peu à peu vers la France. Elle y fit sa première apparition en 1830, et M. Lautour, vétérinaire à l'Aigle, la décrivait alors sous le nom de : *maladie contagieuse des organes génitaux de l'étalon et de la jument.*

L'opinion de M. Rodloff sur la nécessité de distinguer deux formes de la maladie du coït m'a paru justifiée. Dans cette étude de pathologie comparée, j'ai examiné tour à tour l'*exanthème coïtal*, affection bénigne, qui ressemble aux balano-posthites avec phimosis et paraphimosis, aux chancres simples, aux vulvites eczémateuses ou pustuleuses, qu'on observe parfois dans l'espèce humaine. Cette affection n'infecte pas l'économie; il n'en est pas de même de l'autre forme, qu'on connaît plus particulièrement sous le nom de *maladie du coït.*

Cette seconde forme de la maladie est caractérisée d'abord par des accidents locaux qui ressemblent tout à fait aux indurations spécifiques, entourées d'œdème, qu'on observe dans la syphilis humaine; mais la maladie du coït ne se borne pas à ces phénomènes locaux, l'organisme entier finit par être envahi, et il se développe des tumeurs multiples dans l'épaisseur du derme, des indurations ganglionnaires, des sécrétions purulentes du côté des muqueuses, enfin, des altérations graves du système nerveux. La mort est assez souvent la terminaison de la maladie.

Après avoir passé en revue les différentes phases de cette affection, je n'ai conclu qu'à l'analogie et non à l'identité avec la syphilis humaine.

51. — Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil. Paris, 1859.

Après avoir, dans plusieurs publications antérieures, appelé l'attention des médecins sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil, j'ai voulu, dans le présent travail, faire une exposition sommaire de nos connaissances sur cette partie du diagnostic chirurgical. Les premières leçons ont été consacrées à l'historique des études entreprises avec l'ophthalmoscope et à la théorie de cet instrument. M. le professeur Gavarret m'a communiqué, pour cette dernière partie de mon travail, de précieux renseignements.

Dans les autres leçons, j'ai successivement passé en revue les données que l'ophthalmoscope nous fournit pour le diagnostic des lésions de la cornée, du cristallin, du corps vitré, de la choroïde, de la rétine, etc., etc.

Par ce travail et par vulgarisation dans la pratique d'un appareil qui rend l'observation sûre et commode, je crois avoir contribué à propager en France l'emploi d'un instrument désormais indispensable au diagnostic des maladies de l'œil.

52. — Observation d'un cas de tétanos, traité par des injections de curare. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. X, p. 210.)

Il s'agissait, dans ce cas, d'un jeune homme de 16 ans, qui fut soigné par moi à l'hôpital Necker, où je remplaçais Lenoir, pour un tétanos consécutif à une plaie de la face dorsale de l'avant-bras. Des injections d'une solution de curare furent successivement employées, jusqu'à la dose de 50 centigr. de curare, dans l'espace d'une journée. Une certaine amélioration se manifesta pendant la durée du traitement, qui ne parvint pas toutefois à enrayer complétement les phénomènes tétaniques. Le malade succomba au bout de quarante-huit heures.

53.— Examen critique de quelques nouveaux procédés opératoires dans le traitement des fistules vésico-vaginales. (Méthode américaine.) (*Archives de médecine*, 1860.)

La thérapeutique des fistules vésico-vaginales doit aux chirurgiens français et, en particulier, à M. le professeur Jobert de Lamballe, ses plus grands progrès. Mais, dans ces derniers temps, quelques chirurgiens américains ont modifié sur certains points les procédés opératoires employés jusque-là, et cet ensemble de modifications importantes est plus particulièrement connu sous le nom de *méthode américaine*.

Une large fistule vésico-vaginale que j'ai opérée et guérie par réunion primitive en suivant les indications de cette méthode, m'a fourni l'occasion de faire l'historique de ces nouvelles tentatives opératoires et de les décrire avec détails.

Après cet exposé, où j'ai réuni le plus de documents possible, j'ai recherché les conditions favorables à la guérison spontanée et à l'application des caustiques dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Dans certains cas où le calibre de la fistule ne dépasse pas celui d'un stylet de trousse, la cautérisation galvanique peut être heureusement appliquée.

La statistique que j'ai publiée à la fin de ce travail montre que le chirurgien possède maintenant des moyens puissants à opposer à ces tristes infirmités.

54. — Des nouvelles recherches sur le glaucome et son traitement. (*Archives de médecine*, septembre 1860.)

L'histoire du glaucome a été établie sur de nouvelles bases après les belles recherches dont M. de Graefe a enrichi cette partie de l'oculistique. J'ai soumis à un examen approfondi les idées du chirurgien de Berlin sur la nature et le traitement de cette singulière affection, et, après m'être convaincu de la vérité du principe général sur lequel reposent aujourd'hui ces idées, j'ai essayé de faire partager mes convictions aux chirurgiens français. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de pratiquer un bon nombre de fois l'iridectomie dans le traitement du glaucome, et les succès que j'ai obtenus en faisant cesser, dans ce cas, la pression intra-oculaire, m'ont confirmé dans cette pensée qu'il s'agit ici d'une opération qui, si sa théorie laisse quelque chose à désirer, doit désormais tenir dans la pratique une grande place.

55. — Mercurialisme et syphilis. (*Archives de médecine*, octobre 1861.)

Il y a une trentaine d'années, une école célèbre nia l'existence de la syphilis comme affection spécifique et ne voulut voir là qu'un assemblage artificiel de maladies différentes, ou le résultat de l'influence du mercure. Elle expliquait par l'*irritation* les symptômes primitifs, et par la *sympathie* les symptômes secondaires de cette affection. Ces paradoxes appartiennent maintenant à l'histoire des erreurs de la médecine, et personne, du moins en France, ne croit plus que les formes de la syphilis soient des conséquences plus ou moins éloignées du traitement mercuriel.

Ces hypothèses anti-mercurialistes ont récemment pris en Allemagne des allures scientifiques et ont provoqué des recherches chimiques, des enquêtes hygiéniques et médicales, enfin des études de pathologie comparée, dont j'ai cherché à rendre compte dans cet article. Cet examen critique m'a montré qu'il ne fallait attacher qu'une médiocre importance aux fantaisies des anti-mercurialistes, et que le mercure devait encore une fois sortir innocent des crimes que lui prête, avec trop de complaisance, la petite école anti-mercurialiste de Vienne.

56.— Considérations physiologiques sur l'éclairage et applications à l'examen ophthalmoscopique, en collaboration avec M. Janssen docteur ès-sciences. (*Archives de médecine*, juillet, 1861.)

Nous avons, M. Janssen et moi, recherché, dans cet article, ce qui, dans l'examen ophthalmoscopique et dans l'éclairage usuel, cause souvent une irritation fâcheuse de l'œil. Après avoir constaté que les rayons jaunes, orangés, rouges du spectre visible et les rayons photogéniques sont, lorsqu'ils existent en excès, la cause de cette irritation, nous avons proposé d'employer dans les examens ophthalmoscopiques une lumière dépouillée de ces rayons nuisibles à l'œil. Nous avons établi que les verres de conserves pouvaient aussi être construits de façon à épurer la lumière de l'excès de ses rayons rouges, orangés, jaunes et de ses rayons chimiques par des verres bleu Cobalt et des verres d'urane combinés. La pratique m'a montré depuis lors que cette lumière ainsi tamisée de ses rayons nuisibles à l'œil devait être très-utilement employée dans les examens ophthalmoscopiques pour voir nettement les moindres détails du fond de l'œil, et que les malades supportaient très-bien cette lumière modifiée

57. — Du pouvoir d'accommodation de l'œil au point de vue de la physiologie et de la pathologie. (*Archives de médecine*, 1862, tome XX, p. 77.)

J'ai exposé dans mes *Leçons sur l'ophthalmoscopie* les moyens de constater les lésions intra-oculaires, et j'ai voulu faire connaître dans ce travail tout ce qui se rattache à la physiologie et à la pathologie du pouvoir d'accommodation de l'œil aux distances.

Après avoir établi par les expériences, aujourd'hui incontestées, de Cramer et d'Helmholtz, le pouvoir d'accommoder l'œil à la vision à différentes distances, j'ai étudié les conditions de cette accommodation, c'est-à-dire les phénomènes qui se passent dans l'œil pendant la vision de près et la théorie la plus rationnelle de cette modification intra-oculaire. Des différentes explications proposées pour expliquer l'accommodation de l'œil aux différentes distances, celle qui m'a paru la plus rationnelle est celle d'Henri Muller. Dans cette théorie, on suppose que les fibres longitudinales du muscle ciliaire tendent la choroïde et compriment le corps vitré pendant que les fibres circulaires de ce muscle, agissant directement ou indirectement sur le bord supérieur du cristallin, augmentent la convexité de cette lentille et modifient ainsi, suivant la nécessité de l'accommodation, à une distance déterminée, la position de l'image fournie par la lentille oculaire.

58. — Traité élémentaire de pathologie externe. (t. Ier et t. II, 1re partie.)

Ce livre a été écrit dans la pensée de représenter le plus exactement possible l'état actuel de la chirurgie en France et à l'étranger. J'ai cru devoir donner aux travaux des chirurgiens français la première place par leur nombre comme par leur valeur, mais en même temps je me suis efforcé de porter à la connaissance des étudiants, plus qu'on ne le fait d'habitude, les recherches qui sont publiées en dehors de notre pays. Le mouvement chirurgical, qui depuis un certain nombre d'années s'est produit en Angleterre et en Allemagne, a particulièrement appelé mon attention.

Le présent ne m'a point fait oublier le passé, et dans chaque article de ce livre je me suis efforcé de retracer le plus exactement possible l'historique de la question.

J'ai donné une grande place dans mon ouvrage à l'anatomie pathologique. Les nouveaux procédés d'observation dont l'anatomo-pathologiste dispose depuis une vingtaine d'années ont conduit à des résultats tout nouveaux. Associé depuis longtemps à ces études d'histologie moderne, j'ai cherché à les présenter dans mon livre sous leur vrai jour et dans leurs conséquences pratiques.

Le premier volume de cet ouvrage comprend 4 chapitres. — Le premier est consacré à étudier *l'inflammation*, d'après les données les plus récentes, en éloignant tout ce qui m'a paru reposer sur ces hypothèses histologiques dont les corpuscules du tissu cellulaire font aujourd'hui tous les frais.

J'ai consacré tous mes soins à écrire l'histoire des *pseudo-plasmes*, d'après les recherches modernes et les résultats de mes propres observations. Dès l'époque où j'étais attaché comme interne au service de M. le professeur Velpeau, j'ai examiné un grand nombre de tumeurs qu'a eu l'obligeance de me confier ce maître éminent, et je suis arrivé à penser que dans la plupart des cas les résultats des micrographes confirmaient les données des chirurgiens.

Dans le chapitre III, destiné à l'étude des *lésions traumatiques*, j'ai particulièrement insisté sur des sujets encore peu vulgarisés, tels que les sutures métalliques, la cicatrisation sous-crustacée, les plaies anatomiques et sous-cutanées, les spasmes traumatiques et les lésions des cicatrices.

L'article relatif aux *brûlures* renferme l'analyse de recherches intéressantes faites en Angleterre, mais encore peu connues en France, sur les lésions viscérales chez les brûlés. J'ai complété l'histoire des lésions traumatiques par un article, nouveau dans les traités de pathologie, sur les accidents produits par la *foudre*.

Dans le chapitre IV, j'ai fait l'exposé des *maladies virulentes*, en consacrant une large place à la syphilis, dont j'ai essayé d'écrire l'histoire avec des faits et non avec des doctrines.

J'ai donné aussi toute mon attention aux notices bibliographiques qui sont en tête de chaque article.

Dans le tome II, j'ai commencé l'étude des maladies des tissus. L'histoire des tumeurs de la peau et des lésions des ongles a été faite avec tous les développements qu'exige un sujet encore peu étudié. Les tumeurs et les lésions traumatiques des nerfs ont été écrites avec les nombreuses ressources que fournit à ce sujet la micrographie moderne.

J'ai donné de grands développements à l'histoire des maladies des artères, l'un des plus importants sujets de la pathologie chirurgicale, et j'ai rassemblé sur les *anévrysmes en particulier* un grand nombre de faits encore peu connus en France.

L'histoire des maladies des veines et des vaisseaux lymphatiques termine la

1re partie de ce volume, dont la 2e partie, retardée dans sa publication par l'enseignement ophthalmologique dont j'ai été chargé par la Faculté, paraîtra prochainement.

59. — Des hémorrhagies rétiniennes chez des sujets atteints de cachexie cancéreuse. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1862, p. 78.)

Les hémorrhagies rétiniennes sont fréquentes à la suite de vomissements et chez les individus atteints d'affections du cœur. J'en ai signalé le premier la présence chez les cancéreux dans les derniers temps de leur affection. Il n'est pas rare de constater chez ces cancéreux arrivés à l'époque de la cachexie des troubles visuels brusques, qui parfois s'améliorent peu à peu et finissent même par disparaître. Recherchant la cause de ces troubles, j'ai trouvé qu'ils étaient le plus souvent dus à de petites hémorrhagies pointillées, disséminées dans l'épaisseur de la rétine. Dans un cas, j'ai constaté en même temps un petit caillot dans l'intérieur d'un vaisseau au niveau de la tache hémorrhagique. Il n'y a point alors de production cancéreuse de la rétine.

Ces hémorrhagies rétiniennes peuvent être rapprochées des hémorrhagies que l'on rencontre souvent dans l'encéphale et dans d'autres viscères, chez les cancéreux et qui succèdent à des *embolies*.

60. — Epispadias complet, opération par le procédé de M. le professeur Nélaton. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. III, p. 310.)

J'ai montré à la société de chirurgie le résultat d'une opération faite suivant le procédé de M. Nélaton pour un épispadias chez un enfant de 12 ans. L'ouverture antérieure de l'épispadias a été complétement bouchée par le lambeau pubien soutenu par le lambeau scrotal; l'enfant a pu, après l'opération, garder pendant la nuit ses urines quatre ou cinq heures, sans souiller son lit. Pendant le jour, le petit malade ne gardait pas ses urines aussi longtemps, mais il les conservait encore une heure et demie ou deux heures.

Depuis cette époque, j'ai revu cet enfant, qui habite Tours, et son état, quant à l'évacuation des urines, s'est très-notablement amélioré.

61. — Leçons sur l'exploration de l'œil et en particulier sur les applications de l'ophthalmoscope, in-8. (Paris, 1863.)

Ce livre est la reproduction des leçons que j'ai faites dans mon cours complémentaire de clinique ophthalmologique, sur l'histoire des différents modes d'examen physique de l'œil, sur la séméiologie ophthalmoscopique, la réfraction et l'accommodation de l'œil, ainsi que sur les troubles visuels qui résultent d'un état anomal de ces fonctions. J'ai cru devoir introduire dans le texte un grand nombre de figures et ajouter à l'ouvrage 2 planches en chromo-lithographie, qui donnent une idée suffisante des principales lésions intra-oculaires. J'ai, dans la seconde leçon, démontré que l'atropine devait, pour les examens ophthalmoscopiques, être employée à des doses infiniment moindres que celles dont on fait usage d'habitude, et que 0,05 d'atropine dissous dans 500 grammes et même dans un litre d'eau, pouvaient encore dilater la pupille. En employant des doses infiniment faibles d'atropine, on peut obtenir une dilatation de la pupille suffisante pour l'examen ophthalmoscopique, sans avoir à craindre les troubles qui résultent de paralysie temporaire du muscle de l'accommodation.

Ce livre renferme une étude historique sur l'ophthalmologie, l'exposé des moyens d'explorer méthodiquement l'œil à la lumière naturelle, l'étude des conditions d'éclairage de cet œil, l'histoire des tentatives faites à diverses époques dans cette direction; enfin l'examen des membranes et des milieux profonds de l'œil, au moyen de l'ophthalmoscope, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique. Les différentes formes de lésions de la choroïde et de la rétine ont été décrites et figurées avec soin, et j'ai insisté aussi sur la symptomatologie et la nature du glaucome.

L'examen fonctionnel et subjectif de l'œil fait le sujet d'une leçon, et l'histoire physiologique et pathologique de la réfraction et de l'accommodation de l'œil aux distances, termine ce recueil de conférences rédigées et publiées par mon interne, M. Louis Thomas.

62. — Discussion sur l'iridectomie dans le traitement du glaucome. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 24 août 1864.)

A propos d'un fait communiqué à la Société de chirurgie par M. Richet, et qui m'a semblé être un cas d'atrophie de la papille du nerf optique, compliquée de

glaucome, j'ai communiqué à la Société de chirurgie les résultats de mes observations personnelles sur cet important sujet.

J'ai appuyé l'opinion de M. de Graefe sur la tension oculaire dans le traitement du glaucome, et j'ai discuté la valeur séméiologique des différents signes de cette affection. Tous ces phénomènes morbides : dureté plus grande du globe, presbyopie légère, petite ou grande dilatation de la pupille, obscurcissements partiels, tout cela peut être rattaché à un excès de tension intra-oculaire, dont le résultat fatal est certain.

J'ai passé en revue les différentes méthodes opératoires proposées contre le glaucome : ponctions de la cornée, opération de M. Hancock, etc., etc., montrant que toutes ces méthodes qui ne faisaient cesser que momentanément la tension intra-oculaire ne donnaient que des résultats incertains et temporaires. J'ai appuyé au contraire l'iridectomie, en faisant voir que les résultats étaient d'autant meilleurs que cette opération était pratiquée de bonne heure.

J'ai montré ensuite à quelle forme de glaucome cette opération était surtout applicable, et, examinant enfin la valeur de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte, j'ai exprimé la pensée qu'elle pouvait être dans certains cas un moyen préventif de l'irido-choroïdite séreuse, qui complique certaines opérations de cataracte.

L'iridectomie, selon moi, a donné des preuves solides et nombreuses de sa valeur, et, malgré quelques exagérations faciles à comprendre dans l'application de toutes les méthodes nouvelles, elle ne sortira pas maintenant de la thérapeutique des affections glaucomateuses.

63. — Du traitement actuel des maladies des voies lacrymales. (*Archives de médecine*, septembre 1864.)

La difficulté de guérir les désordres si fréquents dans les voies lacrymales n'est douteuse pour personne. De là le grand nombre de moyens proposés pour traiter ces affections. J'ai essayé, dans cet article, de poser les indications des différents cas qui peuvent se présenter dans la pratique et d'y rattacher les moyens qui m'ont paru les plus utiles.

La dilatation du canal nasal, rendue plus facile par l'incision des conduits lacrymaux, suivant le procédé de M. Bowmann, convient à un bon nombre de cas depuis l'épiphora le plus simple jusqu'aux tumeurs lacrymales déjà anciennes. Mais il m'a paru utile de modifier un peu l'incision et de la

conduire largement jusqu'à la paroi externe du sac. Cette petite modification rend plus commode l'introduction des sondes qui doivent être employées assez longtemps. On peut arriver par cette incision plus étendue à introduire régulièrement et facilement des sondes dans le canal nasal, à dilater ce conduit et à rétablir le cours des larmes dans un bon nombre de cas. Ainsi modifiée, la dilatation convient à tous les cas d'épiphora par contracture, par déviation des points lacrymaux, par épaississement chronique des parois des conduits, par hypertrophie partielle de la muqueuse des voies lacrymales au niveau des valvules, enfin par rétrécissement du canal nasal. Si le sac est rempli de pus ou de muco-pus, la dilatation peut encore guérir, mais les résultats de ce traitement ne sont pas aussi rapides. J'ai établi qu'à côté de ces cas, où la dilatation est encore possible, il y en avait d'autres où elle devait être abandonnée de suite ; c'est lorsque la suppuration du sac est abondante, la peau amincie et bleuâtre, le canal rétréci sur plusieurs points ou oblitéré, enfin quand les os sont malades. Il faut alors avoir recours à la destruction du sac par les caustiques.

Cet article a eu pour but de montrer que presque tous les cas d'affection des voies lacrymales avec rétrécissement, suppuration, etc., pouvaient être heureusement traités par ces deux moyens : la dilatation après l'incision des canaux lacrymaux, suivant le procédé de M. Bowmann, ou la destruction du sac par les caustiques, en donnant la préférence au chlorure de zinc.

64. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Dans ma collaboration à ce dictionnaire, j'ai déjà donné les articles *Plaies de l'abdomen* et *Amaurose*. Dans l'article *Amaurose*, qui paraîtra bientôt, dans le prochain fascicule du dictionnaire, j'ai étudié l'amaurose comme un symptôme, en l'éclairant de toutes les données de l'ophthalmologie moderne sur la mesure du champ visuel et de l'acuité de vision.

65. — (*Archives générales de médecine*, 1853-1865.)

J'ai dirigé depuis 1853 la publication des parties anatomique et chirurgicale du journal les *Archives de médecine*, où j'ai publié un grand nombre d'analyses bibliographiques et de revues sur les points les plus importants et les plus nou-

veaux de la pratique chirurgicale contemporaine tant en France, qu'à l'étranger. Beaucoup de travaux intéressants d'anatomie et de chirurgie ont été ainsi portés à la connaissance des lecteurs français par le recueil que nous publions depuis plus de dix ans, mon collègue M. le Dr Lasègue, et moi.

66. — Conférence sur Guy de Chauliac faite à la Faculté de médecine, le 22 mai 1865, et insérée dans la *Revue des cours scientifiques*. *Examen biographique et critique du grand chirurgien du* XIV*e siècle.*

Paris — A. PARENT, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.